
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Campos Herència, Ana; Vidal Sánchez, Ana; Serrano Pau, Carrasumada, dir.
Logopèdia i tercera edat; la necessitat del logopeda a les residències de gent gran.
2017. 40 pag. (954 Grau en Psicologia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/190855>

under the terms of the  license

GRAU EN LOGOPÈDIA
Facultat de Psicologia i Lletres



*Logopèdia i tercera edat; la necessitat del logopeda a les
residències de gent gran*

Autores: Ana Campos Herència i Ana Vidal Sánchez
Tutora: Carrasumada Serrano Pau

Índex

Abstract	3
1.Introducció	4
2.Objectius	6
3.Context d'intervenció	7
4.Mètode de treball	8
4.1.Mètode d'avaluació	11
5.Anàlisi dels resultats	11
5.1.Resultats de la investigació amb els usuaris	11
5.2.Anàlisi dels resultats de la investigació amb els usuaris.....	16
5.3.Resultats de la investigació amb els professionals	18
5.4.Anàlis dels resultats de la investigació amb els professionals.....	26
6.Conclusions.....	27
6.1 Expectatives de futur. Proposta d'intervenció	29
7.Consideracions ètiques	31
8.Referències bibliogràfiques	32
9.Agraïments	34
10.Annexos	

Abstract

Speech therapy work with elderly people, seems restricted to those who have suffered an illness that caused brain or neurodegenerative damage. In reality speech therapy work with in this age group goes much further.

The elderly should not be understood as a pathological situation itself, but as a stage in the life span, which is characterized by biological and cognitive impairment. Therefore, speech therapy may be useful for older people with a specific disease and for those who have cognitive impairment due to old age.

This work aims to highlight the role of the speech therapist and how it is essential in the treatment of geriatrics. We assume that the speech therapist should be a permanent member of the interdisciplinary global team.

We defend that speech therapist functions can be divided into specific levels of speech therapy intervention, where it is necessary for individualized work plans according to the characteristics and needs of users and global functions in the overall development of the programs established in the center. We also defend the required support, guidance and advice aimed at professionals who interact daily with users.

Keywords: Speech therapy, ageing, Gerontology Center.

Resum

El treball logopèdic amb persones de la tercera edat, sembla restringit a aquelles que han patit alguna malaltia que ha causat dany cerebral o neurodegeneratiu. Però realment el treball del logopeda, en aquest col·lectiu, va més enllà.

La tercera edat no ha de ser entesa com una situació patològica pròpiament, sinó com una etapa més del cicle vital, la qual es caracteritza per un deteriorament biològic i cognitiu. Per tant la intervenció logopèdica pot ser útil tant per a persones grans amb algun tipus de malaltia específica, com per a aquells que simplement presenten el deteriorament cognitiu propi del curs vital.

Amb aquest treball es pretén evidenciar que la figura del logopeda és imprescindible dins dels centres geriàtrics. Partim de la base que el logopeda ha de formar part de l'equip interdisciplinari, de manera global i permanent.

Defensem que les funcions del logopeda es poden dividir en específiques de la logopèdia a nivell d'intervenció, on és necessari plans de treball individualitzats d'acord a les característiques i necessitats dels usuaris, i funcions globals dins del desenvolupament general dels programes establerts al centre, on també és necessària la funció de suport, orientació i assessorament, destinat als professionals que es relacionen diàriament amb els usuaris.

Paraules clau: Logopèdia, envelliment, centre geriàtric.

1.Introducció

L'amplitud de les competències que engloba la logopèdia es situa lluny de les conviccions socials, que tendeixen a relacionar la funció del logopeda amb les dificultats de dicció dels infants. Aquest aspecte només representa una petita porció del ventall de funcions i competències que aborda en realitat aquesta professió.

El logopeda està preparat per avaluar, diagnosticar i intervenir a pacients de qualsevol edat i condició que pateixen dificultats o trastorns en la comunicació, el llenguatge, la parla, la veu, l'audició i/o la deglució, podent també realitzar intervencions destinades a l'estimulació cognitiva.

“El campo de actuación de los logopedas es muy amplio, pues abarca desde la atención temprana en la población infantil hasta la intervención en la edad adolescente, adulta y en la tercera edad” (Cívit.A et al. 2012).

El treball logopèdic amb persones grans, sembla restringit a aquelles persones que han patit alguna malaltia que ha causat dany cerebral o neurodegeneratiu. Però realment el treball del logopeda, en aquest col·lectiu, va més enllà.

La tercera edat no ha de ser entesa com una situació patològica pròpiament, sinó com una etapa més del cicle vital, la qual es caracteritza per un deteriorament biològic i cognitiu. Per tant, la intervenció logopèdica pot ser útil tant per a persones grans amb algun tipus de malaltia específica, com per a aquells que simplement presenten el deteriorament cognitiu propi del curs vital.

Per situar al lector, es defineixen els conceptes d'envelliment típic i atípic que seran presents al llarg del treball.

L'envelliment típic és un procés lentament progressiu caracteritzat per un envelliment del cos, que provoca dèficits visuals, auditius, motors, d'entre altres. El cervell envelleix juntament amb el cos i els processos involutius d'aquest s'inicien al voltant dels 65 anys, provocant canvis a nivell cognitiu com poden ser, dèficits en la memòria, pèrdua de flexibilitat mental, dificultats d'aprenentatge d'informació nova i complexa, alentiment dels processos mentals... etc. En aquests casos es pot parlar de demència senil.

L'envelliment atípic és aquell que, a més de patir els canvis propis de l'edat, va acompanyat d'algun tipus de malaltia neurodegenerativa (Alzheimer, Parkinson, Demència Frontotemporal...), deteriorament cognitiu lleu (amb afectació principal en la memòria) o d'origen cerebrovascular, amb possible derivació a afàsia, compromentent la seva capacitat comunicativa i lingüística, o problemes motors que dificultin, entre d'altres, la parla i el procés de la deglució.

Actualment s'estan patint canvis demogràfics importants a nivell mundial i una de les causes principals és l'augment de l'esperança de vida. Aquest aspecte ens situa en un marc social on la població de gent gran és cada cop més abundant.

A Catalunya les dades actuals de població de gent gran ens situen en un total d'1.375.361 persones majors de 65 anys, que representa un 19% de la població total catalana.

Un dels àmbits socials que es veu més implicat en aquest canvi d'estructura social, és el sector sanitari, ja que les necessitats sanitàries de la tercera edat engloben un ampli ventall i es requereixen recursos necessaris per garantir benestar i una bona qualitat de vida.

Un dels recursos destinats a aquesta població són les residències de gent gran. Segons les dades de l'Idescat l'any 2011, la població resident en aquests centres a Catalunya es trobava en 46.375 persones majors de 65 anys.

Aquests serveis han de proporcionar una atenció integrada al pacient i, per tant, han d'estar constituïts per un equip interprofessional. Segons el *“Estudio de Consultoría y Asistencia realizado por Fundación SAR para el IMSERSO”* (2008) sota el vistiplau del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la logopèdia no és considerada com a servei necessari dins dels centres geriàtrics.

De la mateixa manera, aquesta informació queda palesa a l'article de Tejada.J (2009) en el qual la figura del logopeda no està considerada a l'atenció sanitària dins dels centres geriàtrics.

Per què, tot i posseir una formació específica, que ens permet conèixer i dominar el ventall de dificultats abordables necessàriament des del treball logopèdic vers la gent gran, no tenim cabuda en la plantilla imprescindible de professionals d'un centre geriàtric?

Coneixent els canvis biològics i cognitius que es presenten a la vellesa, indiferentment que aquest procés sigui típic o atípic, i de totes les dificultats comunicatives, de llenguatge, de parla, d'audició i de deglució que se'n poden derivar, podem afirmar que totes aquestes dificultats són necessàriament abordables des de l'àmbit logopèdic, ja que les seves competències van destinades a l'avaluació, diagnòstic i intervenció de qualsevol d'aquestes dificultats.

Les competències del logopeda, a la residència li permetrien també participar en l'educació sanitària, informant els familiars, cuidadors i professionals de les característiques i necessitats dels pacients pel que fa a la varietat de possibles dificultats o trastorns, sent necessari, també, assessorar-los sobre l'efectiva comunicació amb els usuaris, especialment quan ens referim a pacients amb demència, aconseguint una millora en l'adaptació emocional i social dels implicats. Per tant, la intervenció sobre la capacitat comunicativa del pacient, combinada amb l'assessorament sobre la tècnica de llenguatge del cuidador, permetrà una comunicació més fluida i relaxada. La realització eficaç de les tasques corresponents a la millora de la intercomunicació suposaran una reducció de la càrrega del cuidador o professional, donat que la pèrdua de la comunicació efectiva influeix notablement en l'aparició d'ansietat per part del cuidador o professional que interacciona de manera continuada amb l'individu (Ravins, 1982; Millán, 2000).

També el logopeda podria intervenir en el foment de les relacions socials entre els usuaris del centre, amb la finalitat d'incrementar els “moments comunicatius”, que de la mateixa manera afavoriran al manteniment de les capacitats comunicatives, fomentant les habilitats socials en el camp de la comunicació (Caballo, 1993).

Per últim, el logopeda ha de realitzar una formació continuada que li permeti estar al dia de les noves tècniques d'intervenció logopèdica en la tercera edat, de la mateixa manera que podrà actualitzar els seus coneixements per tal de donar cobertura tant als usuaris que

requereixin intervenció, com als professionals a nivell d'assessorament. Com a membre de l'equip interdisciplinari haurà de participar en totes les línies i projectes d'investigació amb l'objectiu de millorar la qualitat assistencial vers els usuaris del centre (Lodeiro.L et al. 2002).

Partint d'aquesta base, la figura del logopeda ha d'estar present a les residències de gent gran, formant part de l'equip interdisciplinari, de manera global i permanent. Les seves funcions es poden dividir en específiques de la logopèdia a nivell d'intervenció, on és necessari plans de treball individualitzats d'acord a les característiques i necessitats dels usuaris, i funcions globals dins del desenvolupament general dels programes establerts al centre, on també és necessària la funció de suport, orientació i assessorament, a nivell de comunicació i llenguatge, destinat als professionals que es relacionen diàriament amb els usuaris.

Aquest treball té com a objectiu general *evidenciar la necessitat de la intervenció logopèdica a les residències de gent gran*. Per poder arribar al nostre propòsit, hem decidit establir diferents objectius específics que ens han permès valorar el grau de necessitat de la figura del logopeda a la residència, en dos nivells diferents.

El primer nivell es centra en la necessitat d'intervenció logopèdica directa als usuaris de la residència que realment ho requereixen. El segon nivell rau en les competències que un logopeda té a l'hora de poder assessorar i guiar als diferents professionals del centre, dins de l'àmbit de la comunicació i el llenguatge.

Queda implícita, per tant, la intenció de presentar una lluita passiva per a un major reconeixement de les nostres funcions com a professionals per part de tots els sectors laborals on puguin arribar les nostres competències, centrant-nos, en aquest cas, en els centres geriàtrics, incentivant així un camí cap a l'apertura de noves possibilitats en l'àmbit laboral.

2. Objectius

L'objectiu general d'aquesta investigació és *evidenciar la necessitat de la intervenció logopèdica a les residències de gent gran (objectiu 1)*.

Per poder demostrar-ho s'ha establert un objectiu específic; *determinar quines són les àrees que requereixen intervenció logopèdica dins d'una residència de gent gran (objectiu 1.1)*.

Aquest objectiu específic es presenta subdividit en dos vessants diferencials d'actuació:

- *Evidenciar la necessitat d'una intervenció individualitzada en l'àmbit logopèdic dirigida a aquells usuaris que ho requereixen, tant amb un envelliment típic com atípic (objectiu 1.1.1).*
- *Evidenciar la necessitat d'assessorament a nivell de comunicació i llenguatge dirigit als professionals del centre residencial vers als usuaris (objectiu 1.1.2).*

Si els resultats són positius en l'objectiu 1.1.2, es procedirà a:

- *Elaborar un programa d'assessorament i suport als professionals del centre per tal de millorar la seva interacció amb els usuaris, a través de pautes i estratègies comunicatives i lingüístiques (objectiu 1.1.2.1).*

D'acord amb aquests objectius, s'estableixen les següents hipòtesis que quedaran confirmades, o no, a través de la investigació realitzada.

Hipòtesi 1: La figura del logopeda és necessària en el treball individual i/o grupal amb usuaris amb dificultats o patologies associades.

Hipòtesi 2: La figura del logopeda és necessària en el treball individual i/o grupal amb usuaris amb desenvolupament típic.

Hipòtesi 3: La figura del logopeda és necessària per a l'assessorament i suport als professionals per tal de millorar la seva interacció amb els usuaris, a través de pautes i estratègies comunicatives i lingüístiques.

3.Context d'intervenció

Aquest treball s'ha desenvolupat en un centre geriàtric concertat situat a Sabadell. Aquesta residència ofereix també el servei de Centre de Dia. El total d'usuaris que atén aquest centre és de 105, però en concret són 60 usuaris els que reben el servei integral de la residència i 45 de Centre de Dia.

Les prestacions sanitàries de les quals disposa són:

Metge	Podòleg
Psicòleg	Terapeuta ocupacional
Infermera	Unitat d'estimulació cognitiva
Auxiliar d'infermeria	Fisioterapeuta

Com a prestacions socials trobem la figura de la treballadora social i de l'animadora sociocultural.

Les activitats fixes que es realitzen al centre, tant d'oci com d'estimulació cognitiva són:

Oci	Estimulació cognitiva
Prensa diària	Taller de treballs manuals
Mini-biblioteca	Taller de pintura (oli, aquarel·la)
Pel·lícules	Sessions de musicoteràpia
Celebracions de festes populars	Grups de conversa
Excursió	Taller de costura
Sala TV	Taller de ceràmica

Totes aquestes activitats, tant d'estimulació cognitiva com les destinades a l'oci dels usuaris, són supervisades o realitzades per l'animadora sociocultural. L'equip de voluntaris del qual disposa el centre, d'acord amb la seva disponibilitat, participen en les activitats oferint suport a l'animadora sociocultural o, de manera puntual, realitzant ells mateixos les activitats.

Aquestes activitats no són les úniques que es realitzen al centre, ja que cada professional (psicòleg, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta...) realitza la seva intervenció elaborant les seves pròpies activitats dins del seu camp d'actuació.

4.Mètode de treball

El mètode de treball que s'ha utilitzat per tal de poder *evidenciar la necessitat de la intervenció logopèdica a les residències de gent gran*, consta de dos vessants diferencials:

1. S'estableix un mètode de treball específic, per tal de demostrar que tant els usuaris amb un envelliment típic com atípic, requereixen intervenció logopèdica. D'aquesta manera es dona resposta a l'objectiu 1.1.1.

En primer lloc, va ser necessari seleccionar una mostra de 20 usuaris d'ambdós sexes i d'edats compreses entre 75 i 85 anys, dividits en dos grups. Vam decidir centrar la investigació en aquesta franja d'edat, ja que és on es troben la majoria dels usuaris de la residència.

Els criteris de selecció per cada una de les mostres es van basar en la consigna de què el grup 1 havia d'estar compost per 10 usuaris amb un envelliment típic i el grup 2 de 10 usuaris amb envelliment atípic, sent indiferent el diagnòstic de patologia, però tenint en compte que el seu nivell cognitiu permetés aplicar les proves d'avaluació.

Va ser la psicòloga del centre qui va decidir quins serien els usuaris participants i la divisió d'aquests en els grups pertinents.

Un cop assignada la mostra, es van establir 5 instruments d'avaluació per valorar a cadascun dels participants. Cada instrument mesura un àmbit de la logopèdia concret, per tal de poder demostrar en quins aspectes podria treballar un logopeda amb la gent gran.

- a. *Per a les funcions cognitives:* Mini Mental State Examination (MMSE). S'ha utilitzat per valorar el nivell de deteriorament cognitiu dels ancians. (Annex 1)
- b. *Per a la comunicació:* Es va realitzar una conversa guiada (annex 2) per poder recollir quins elements comunicatius presenten dificultats. Aquesta conversa ens ha permès observar les característiques dels pacients en funció de la intenció comunicativa que presenten, l'interès i escolta activa, possibles dificultats expressives i comprensives i les estratègies que utilitzen per compensar-les.
- c. *Per al llenguatge:* Prova FAS Word Fluency (annex 3). A nivell de producció, amb la prova de FAS, s'ha mesurat la fluïdesa verbal fonètica i la fluència verbal semàntica dels usuaris. D'aquesta manera s'ha pogut determinar si hi han dificultats d'accés al lèxic suficientment significatives que necessitin atenció logopèdica.
S'escull valorar aquest únic aspecte a nivell de llenguatge, ja que és una de les dificultats més comunes en la vellesa (Juncos.O 1998).

- d. *Per l'audició:* Test de Wepman (annex 4) per a l'avaluació de la discriminació auditiva. Amb aquests resultats s'ha pogut determinar quants usuaris presenten dificultats auditives, referents a la discriminació auditiva en fonemes concrets, les quals comprometen a la comprensió del llenguatge oral.
És una prova senzilla i ràpida d'aplicar, i al contrari de les audiometries, que ofereixen resultats en totes les freqüències, aquesta prova es centra en la discriminació dels sons de la parla.
- e. *Per la deglució:* Es va realitzar una observació directa dels pacients a l'hora de dinar, seguint una pauta d'observació i recollint tots els aspectes rellevants. A més aquesta observació es va complementar amb una entrevista amb la infermera, per tal d'obtenir més dades referents a l'alimentació dels pacients. En primer lloc es va voler realitzar la prova MEC-V, per obtenir resultats més fidels, però no va ser possible per exigència de la residència.

Arran dels resultats que es van obtenir amb el Mini Mental State Examination (MMSE), que va ser la primera prova a administrar, vam determinar que els grups de la mostra proporcionada per la psicòloga no eren del tot realistes, ja que no havien estat seleccionats d'acord a les consignes concretes per realitzar aquesta investigació. Per tant, els resultats del MMSE ens van servir per fer un cribratge i tornar a reformular la composició dels grups, establint així dos grups realistes d'envelliment típic (*grup 1*) i atípic (*grup 2*).

- 2. S'estableix un mètode de treball específic, per poder recollir les dades necessàries que ens permetin avaluar possibles mancances en la comunicació i llenguatge que poden haver-hi en les interaccions entre professionals i usuaris (objectiu 1.1.2).

Per obtenir les dades necessàries, s'han utilitzat dues metodologies diferents. La primera va ser una enquesta anònima (annex 5) a 13 professionals del centre residencial, que van voler participar en la investigació. Entre aquests trobem la directora, la psicòloga, la treballadora social, la fisioterapeuta, l'animadora sociocultural, la infermera i alguna de les auxiliars. Aquesta enquesta consta de 16 preguntes de resposta tancada (mai, en alguna ocasió, sovint i sempre) i dues preguntes de resposta oberta. Les preguntes van orientades a determinar amb quines dificultats comunicatives, pel que fa al llenguatge verbal i no verbal, es poden trobar els diferents professionals en els diferents intercanvis quotidians amb els usuaris, tenint en compte que cada usuari presenta unes necessitats específiques que poden determinar la seva capacitat expressiva i/o comprensiva.

La segona metodologia utilitzada va ser una observació directa, seguint una pauta d'observació referent a les característiques del llenguatge i de la comunicació verbal i no verbal dels professionals quan interactuen amb els usuaris.

L'observació s'ha realitzat basant-se a la metodologia naturalista, és a dir, s'ha dut a terme en el mateix centre residencial per tal de fer l'avaluació en el propi context natural, sense intervenir-hi, obtenint així una visió fidel de les interaccions espontànies que es donen en el dia a dia entre professionals i usuaris.

L'observació és de caràcter general, sense avaluar un per un els professionals del centre, per tal de poder donar pautes de manera global.

També es valoraran aspectes relacionats a com s'aborden les necessitats comunicatives actualment, sense la figura del logopeda al centre.

Tant per a l'elaboració de l'enquesta, pel que fa al contingut de les preguntes, com per a l'elaboració de la taula d'observació, ens hem basat en un seguit de criteris referents al model de competències comunicatives i lingüístiques que, d'acord als nostres coneixements i bibliografia recollida, haurien de posseir els professionals d'un centre residencial de gent gran.

D'acord amb Canale (1983) presentem les següents competències i habilitats comunicatives que considerem que haurien d'estar presents en les interaccions quotidianes entre professionals i usuaris, augmentant així l'èxit en la participació i comprensió dels ancians:

- Competència gramatical: ús de vocabulari precís i claredat.
- Competència sociolingüística: adequació als interessos i coneixements dels usuaris, adequació als aspectes formals relacionats amb els pacients, com l'espai on en desenvolupa la interacció, respectant la distribució dels torns d'intervenció.
- Competència discursiva: utilització de repeticions i reformulacions que afavoreixin a la comprensió dels usuaris.
- Competència estratègica: Intensitat de la veu en relació a l'espai. Llenguatge no verbal; utilització del gest i la mirada. Pausas i silencis com a estratègia per captar l'atenció, i afavorir la comprensió proporcionant temps necessari perquè l'usuari elabori el seu missatge. Capacitat d'establir una prosòdia adequada, basada en un volum de veu, lentitud o entonació emfàtica

A partir dels resultats obtinguts es podrà establir si existeix la necessitat de crear i aplicar un programa d'assessorament en comunicació i llenguatge, dirigit als professionals del centre i quins són els aspectes comunicatius i de llenguatge més rellevants que aquest programa ha de contenir, ajustant-se a la demanda i necessitats dels professionals concrets d'aquesta residència (objectiu 1.1.2.1).

En el cas de voler dur a terme aquest programa en altres residències, s'hauria de realitzar una investigació prèvia, aplicant les dues metodologies ja presentades, per tal d'adequar-se al perfil i necessitats comunicatives i de llenguatge dels usuaris i professionals del centre en qüestió.

4.1 Mètode d'avaluació

Pel que fa als resultats dels cinc instruments d'avaluació emprats, es tindrà en consideració que només tenint un usuari afectat, sigui del grup d'envelliment típic o atípic, en qualsevol de les àrees avaluades, ja quedarà demostrada la necessitat de la figura del logopeda a la residència, referent a la intervenció individualitzada.

A major nombre d'usuaris amb algun tipus d'afectació en les àrees avaluades, més evident serà la necessitat del logopeda a la residència.

Respecte a l'enquesta dirigida als professionals (13 professionals enquestats), es realitzarà una valoració quantitativa dels resultats, que es compararan posteriorment amb les observacions recollides (27 professionals observats incloent els enquestats), per tal de poder complementar i contrastar els resultats de les enquestes.

Si es troba almenys, que un dels professionals avaluats mostren algun tipus de dificultat comunicativa i/o lingüística a l'hora d'interaccionar amb usuaris de la residència, es podrà evidenciar la necessitat d'assessorament i suport logopèdic vers les habilitats comunicatives i lingüístiques dels professionals.

A major nombre de professionals que mostrin dificultats en aquest àmbit, més necessari serà l'elaboració i la implementació del programa d'assessorament a la residència.

5. Anàlisi dels resultats

A continuació es presenten els resultats que s'han obtingut seguint els dos mètodes de treball específics, per tal de poder donar resposta als objectius de la investigació. Mitjançant l'anàlisi dels resultats obtinguts es podrà confirmar o no, les hipòtesis inicials.

5.1 Resultats de la investigació amb els usuaris

L'anàlisi dels resultats que s'han obtingut a través del primer mètode de treball, donen resposta a les dues primeres hipòtesis de la investigació:

Hipòtesi 1: La figura del logopeda és necessària en el treball individual i/o grupal amb usuaris amb dificultats o patologies associades.

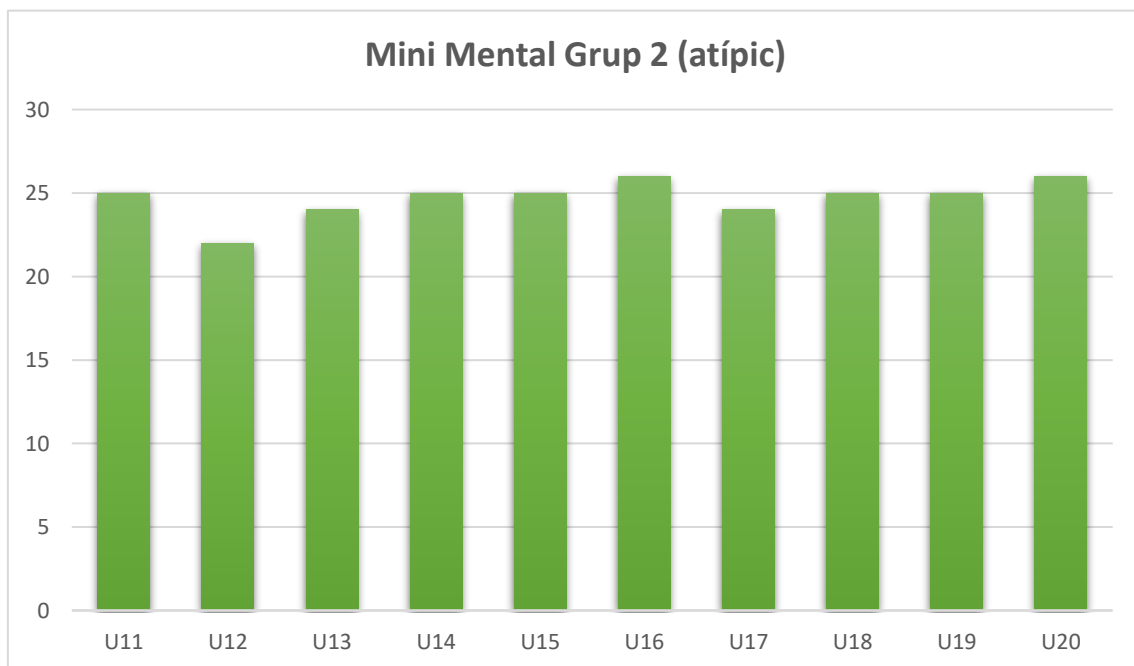
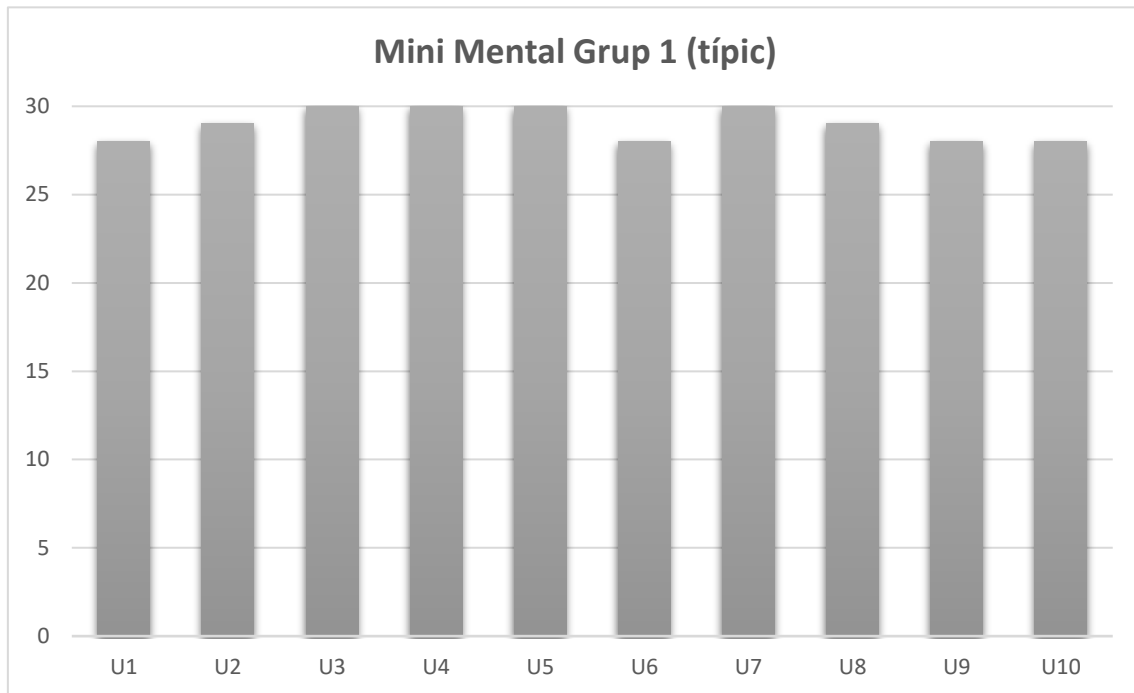
Hipòtesi 2: La figura del logopeda és necessària en el treball individual i/o grupal amb usuaris amb desenvolupament típic.

Els resultats i anàlisis de les proves que s'han realitzat es presenten en el mateix ordre de la seva aplicació a la mostra participant.

✓ Funcions cognitives:

La puntuació directa del MMSE es sobre un total de 30 punts. Les dades es valoren seguint unes puntuacions de referència ja establertes. Es considera doncs, que una puntuació d'entre 9 i 12 refereix demència, d'entre 12 i 26 deteriorament cognitiu, el qual refereix sospita patològica, i finalment de 27 a 30 es considera una puntuació dins de la normalitat.

El resultats obtinguts en el Mini Mental State Examination, en els dos grups avaluats són:



✓ **Comunicació:**

En aquesta prova s'han valorat els següents aspectes:

- Escolta activa
- Interès
- Dificultats de comprensió
- Coherència i cohesió en el discurs
- Pragmàtica

- Producció lexical
- Morfosintaxi
- Estratègies verbals
- Comunicació no verbal

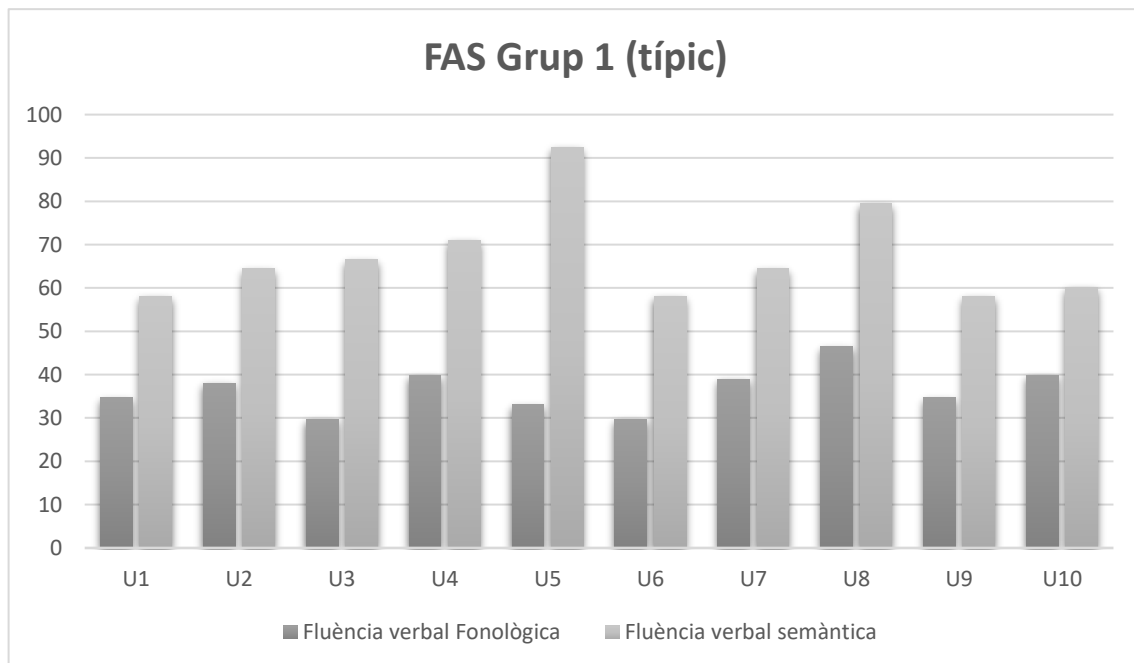
En el grup 1 les dificultats que més s'han presentat en gairebé tots els participants han estat principalment, dificultats en la comprensió, en molts casos derivades per dèficits auditius, problemes per organitzar el discurs i dificultats d'accés al lèxic utilitzant, a vegades, parafràsies semàntiques per compensar aquestes dificultats.

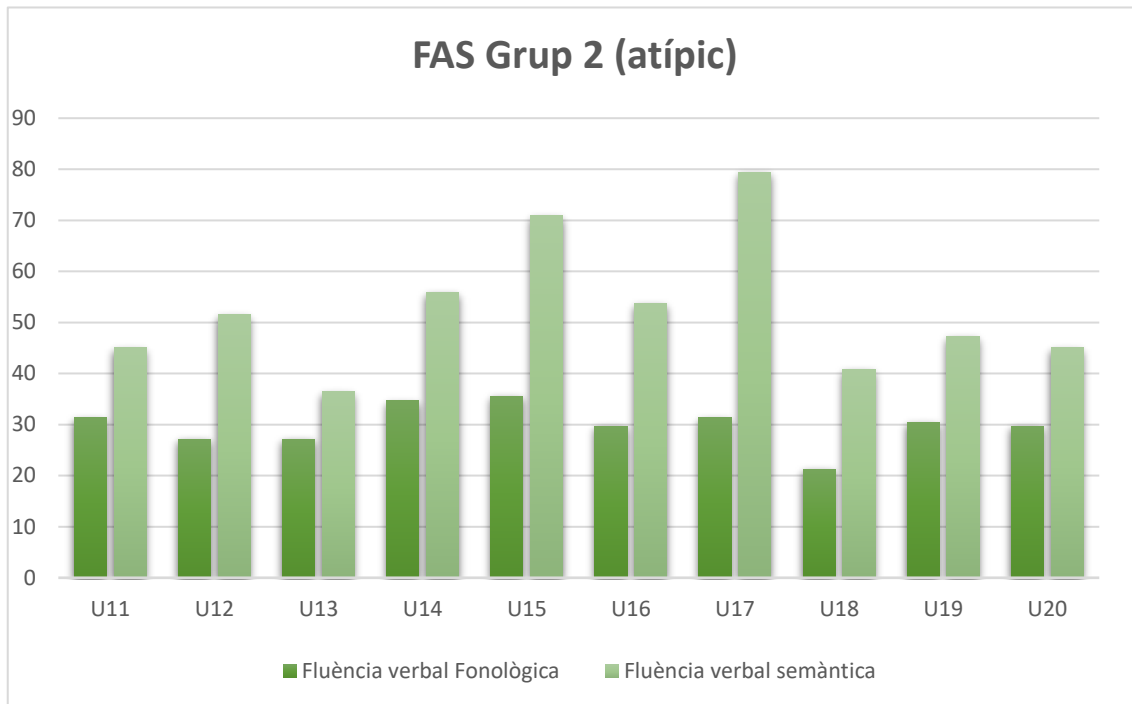
En el grup 2 les dificultats observades es presenten en tots els ítems valorats, no tots els participants presentaven les mateixes dificultats, però en general la comunicació i el llenguatge es troben alterats.

✓ **Llenguatge:**

En aquestes taules es poden observar les Puntuacions Típiques (PT) de la prova de FAS extretes a través del protocol de FAS. Els barems estandarditzats de normalitat se situen per sobre dels 40 punts.

Els resultats de la prova de FAS són els següents:





Observem que 7 usuaris del grup 1 se situen per sota de la normalitat pel que fa a la fluència verbal fonològica, mentre que tots se situen dins de la normalitat en la fluència verbal semàntica.

En el grup 2 observem que tots els usuaris se situen per sota de la normalitat en la fluència verbal fonològica i que 1 dels usuaris mostra dificultats també en la fluència verbal semàntica.

✓ **Audició:**

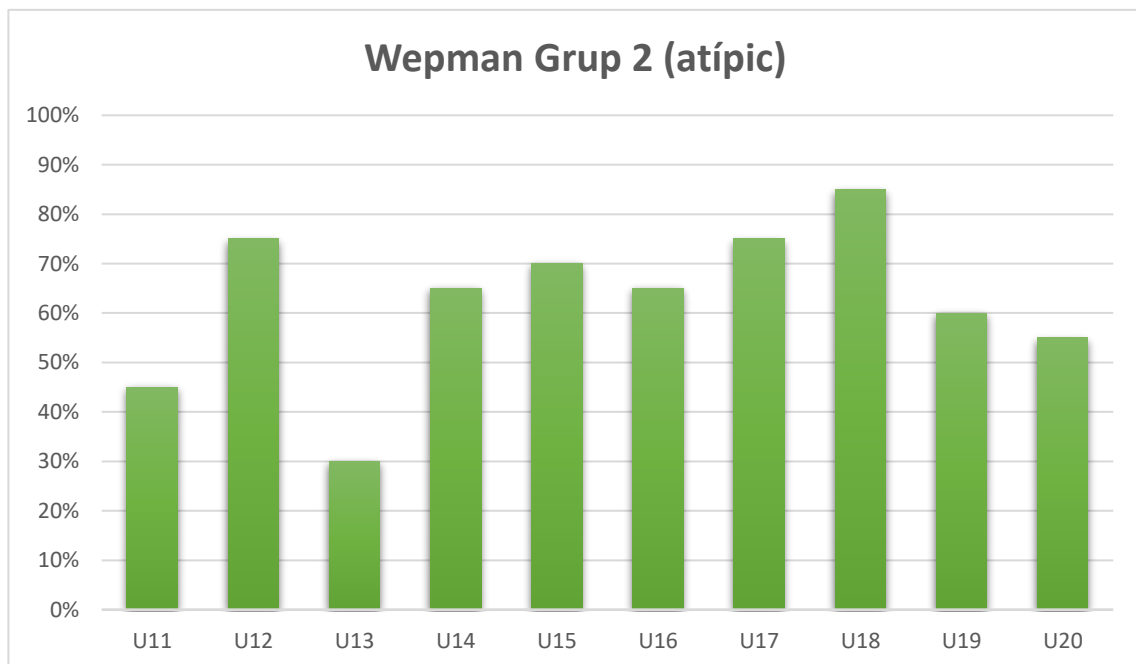
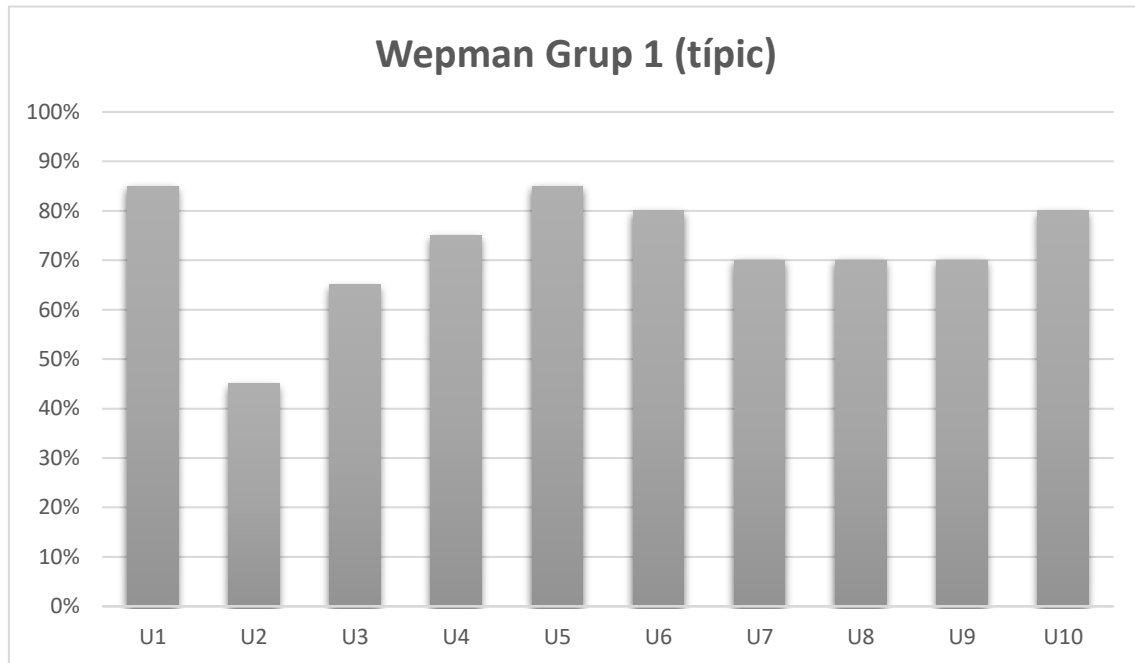
Aquesta prova es realitza d'acord amb l'avaluació de 40 ítems, però en aquest cas s'ha avaluat sobre 20, ja que l'atenció dels participants estava limitada.

Aquesta prova permet observar possibles dificultats de discriminació auditiva en fonemes específics, que comprometen la comprensió del missatge verbal, però, en aquesta investigació també permet detectar dèficits auditius més severos, en els casos que les puntuacions siguin extremadament baixes i/o que els errors no corresponguin a un patró de fonemes en freqüències similars.

Els percentatges mostren els encerts sobre 20 paraules avaluades, per tant aquests resultats són orientatius i requeririen una avaluació més exhaustiva a nivell de discriminació auditiva.

Donat que la prova s'ha reduït a la meitat dels ítems avaluats, el nostre criteri per determinar els usuaris que presenten dificultats en aquesta àrea, és que aquells que puntuïn per sota del 70% dels encerts (14 paraules) seran candidats a una valoració logopèdica més exhaustiva.

Els resultats obtinguts de la prova Wepman són:



En el grup 1 trobem 2 participants que es troben per sota del 70% i en el grup 2 són 6 els participants els que no arriben al 70% d'encerts, obtenint en general puntuacions més baixes que en el grup 1.

✓ **Deglució:** En aquesta observació s'han valorat els següents ítems:

Es va realitzar una observació directa de la deglució dels 20 usuaris, realitzant també una entrevista complementària a la infermera i a la fisioterapeuta.

A través de l'entrevista es va establir que, excepte un dels usuaris participants del grup 2, cap més té diagnòstic de disfàgia ni requereixen adequació en les textures. Es confirma que la broncoaspiració és un tema que els hi preocupa molt, expressant també el desconeixement vers el fet que el logopeda sigui especialista a tractar la disfàgia. No aporten informació rellevant sobre la resta de preguntes realitzades.

Les dades obtingudes durant l'observació directa en el moment de la deglució, es van recollir en el següent quadre d'avaluació, que presenta la mostra de participants en els dos grups.

Observacions	Grup 1	Grup 2
Textures adaptades	0	1usuari; triturat + espessant 2 usuaris; fiquen el pà en aigua
Eines d'ajut o estris adaptats	0	0
Temps reduït en excés per a cada deglució	1 usuari	1 usuari
Temps ampliat en excés per a cada deglució	2 usuaris	4 usuaris
Quantitat excessiva de bol	1 usuari	1 usuari
Quantitat massa escassa de bol	0	1 usuari
Dificultats en la mobilitat o control musculatura orofacial	1 usuari	1 usuari
Flexió del cap	1 usuari	2 usuaris
Tos freqüent	0	1 usuari
Excés de salivació	0	1 usuari
Regurgitació per boca o nas	0	1 usuari
Postura incorrecta durant la deglució		3 usuaris
Ennuagaments	0	1 usuari
No ser capaç d'empassar	0	0

En ambdós grups observem que, en la majoria dels casos, un mateix usuari mostra dificultats en més d'un ítem. D'acord amb això queda establert que en el grup 1 un total de 3 usuaris mostren signes observables de possible disfàgia. En el grup 2 el nombre d'usuaris presumiblement afectats augmenta a 7.

5.2 Anàlisi dels resultats en la investigació amb els usuaris.

D'acord amb els resultats obtinguts a totes les proves considerem confirmades les dues hipòtesis inicials, sent necessària la intervenció logopèdica a nivell individual tant amb

pacients amb envelliment típic com atípic.

El logopeda ha de fer un treball individualitzat a nivell d'estimulació cognitiva amb els usuaris amb un envelliment atípic, tenint com a objectiu principal perllongar el màxim de temps possible les seves funcions cognitives. D'altra banda, el treball dirigit als pacients amb envelliment típic anirà destinat al manteniment de les funcions cognitives (Webb.G i Adler.R 2010), podent realitzar sessions grupals a la residència.

A través de la conversa realitzada i els resultats en la prova FAS queda pales que el logopeda ha de realitzar un perfil de les competències comunicatives i lingüístiques de cada pacient, per tal de poder treballar de manera individualitzada d'acord a les característiques i necessitats específiques de cada usuari els quals presentin dificultats comunicatives i discursives que comprometin les seves interaccions, sent més prioritari el treball amb els usuaris amb envelliment atípic, però sense descartar el treball amb els usuaris amb envelliment típic.

La necessitat de realitzar una avaluació més rigorosa de l'audició queda reflectida amb els resultats de la conversa, pel que fa a les dificultats de comprensió observades en ambdós grups, i la prova de Wepman.

Cap dels usuaris participants portava audiòfon, malgrat que 3 usuaris del grup 1 i 5 del grup 2 referien que cada cop escolten menys. Per tant amb la figura del logopeda en aquest àmbit permetrà no només realitzar diagnòstics i/o fer derivacions a l'otorinolaringòleg, sinó que també es podrà elaborar plans d'intervenció personalitzats per als pacients que ho requereixin.

Trobem que les alteracions funcionals ocasionades per la broncoaspiració és una de les principals causes de mort en el col·lectiu de gent gran. Aquest fet posa en evidència la necessitat de tenir en elevada consideració la cura en la seguretat durant les deglucions, donat que la broncoaspiració és el resultat fatal de la disfàgia.

“La disfagia en el anciano es extremadamente prevalente... En residencias de ancianos se acerca al 50% los pacientes que presentan algun trastorno en la deglución.” (Ashbaugh. R et al, 2014).

Pel que fa a les dificultats observades en la deglució d'ambdós grups de participants en la mostra i coneixent la falta d'informació i d'actuació d'aquesta residència vers la disfàgia, queda plenament patent la necessitat de la figura del logopeda tant per a l'assessorament urgent dels professionals del centre implicats, com per al diagnòstic i tractament de la disfàgia (Bleeckx.D, 2004), en usuaris amb i sense envelliment atípic.

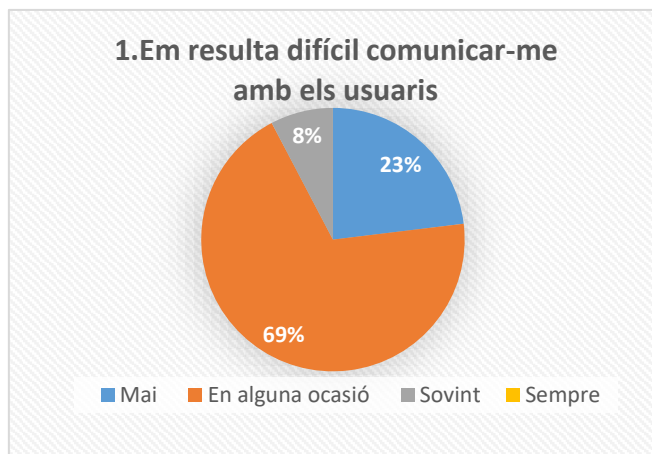
“La disfagia orofaríngia está claramente infradiagnosticada e infratratada.” (Ashbaugh. R et al, 2014).

5.3. Resultats de la investigació amb els professionals

L'anàlisi dels resultats que s'han obtingut a través del segon mètode de treball, dona resposta a la tercera hipòtesi de la investigació:

Hipòtesi 3: La figura del logopeda és necessària per a l'assessorament i suport als professionals per tal de millorar la seva interacció amb els usuaris, a través de pautes i estratègies comunicatives i lingüístiques.

Després de realitzar l'enquesta als professionals que han volgut col·laborar en aquest treball (13 professionals enquestats), s'obtenen els següents resultats, fruit del buidatge de l'enquesta i representats en gràfics de sectors:

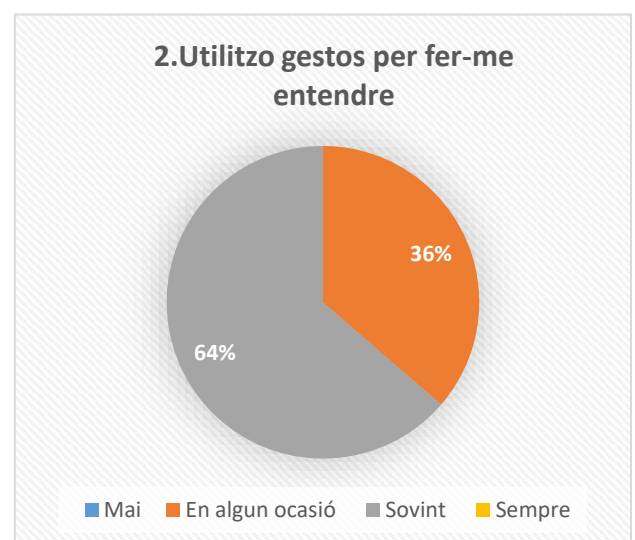


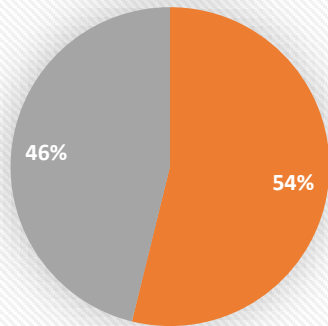
El 69% dels professionals participants en l'enquesta, indiquen que en alguna ocasió s'han trobat amb dificultats per a comunicar-se amb els usuaris.

Aquest fet ens indica la necessitat implícita d'assessorament logopèdic.

La majoria dels professionals ha indicat que utilitzen gestos per fer-se entendre de manera habitual, tot i que dos dels participants ha indicat que ho fan sempre.

Els resultats són positius, ja que la gestualitat que acompanya al missatge verbal afavoreix la comprensió del receptor, sobretot tenint en compte que ens situem en un context on les dificultats en la comprensió són presents en molts dels usuaris.

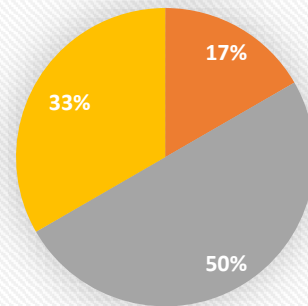


3. Els pacients no presten atenció

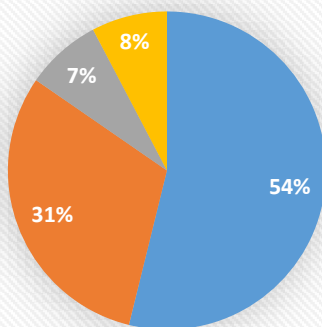
■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

Estableixen que normalment comprenen el missatge dels usuaris, encara que el missatge sigui intel·ligible o incoherent. Aquest fet és explicable per la complicitat entre treballador i usuari. Tot i que no ho trobem un aspecte negatiu, seria adient no sobre interpretar el missatge de l'usuari en determinats casos, on el logopeda estableixi que l'usuari és capaç de comunicar-se de manera eficaç.

Els professionals refereixen una falta d'atenció rellevant per part dels usuaris. Aquest aspecte s'ha de tenir present, ja que és un factor que pot afectar a l'eficàcia en la comunicació.

4. Entec el seu missatge, encara que no m'ho puguin expressar amb paraules

■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

5. No insisteixo quan no comprenen el missatge

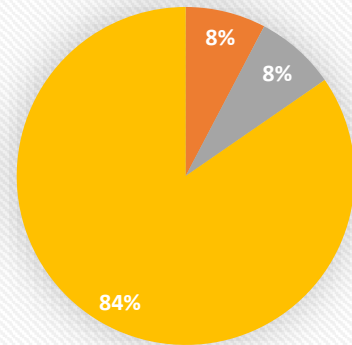
■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

S'ha decidit descartar aquesta pregunta, ja que considerem que pot haver-hi donat lloc a confusió en la resposta, per l'ambigüitat de la pregunta.

El 84% dels professionals que han realitzat l'enquesta afirmen que sempre utilitzen un llenguatge ajustat a les dificultats de cada pacient. Aquest aspecte és important, ja que de no ser així la comunicació entre usuari i professional podria veure's afectada. També cal remarcar que el 8% ho fa en alguna ocasió i un altre 8% ho fa sovint. Malgrat sigui un percentatge baix, s'ha de tenir en compte i reflexionar si no ho realitzen per falta de temps o per desconeixement.

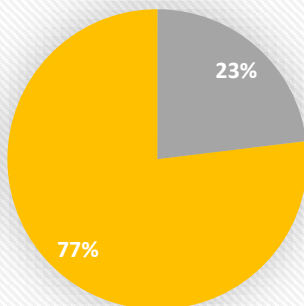
Aquest és un aspecte rellevant a valorar en l'observació directa per poder contrastar-ho.

6. Utilitzo sempre un llenguatge adequat segons les dificultats de cada usuari



■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

7. Utilitzo un llenguatge pausat i clar

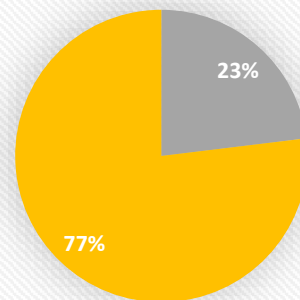


■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

No sempre s'utilitza un llenguatge pausat i clar en les interaccions amb els usuaris. Aquest aspecte és essencial per tal d'assegurar que l'usuari rebi el missatge de manera eficaç i indirectament pot reduir el malestar de l'usuari al ser conscient que no està entenent.

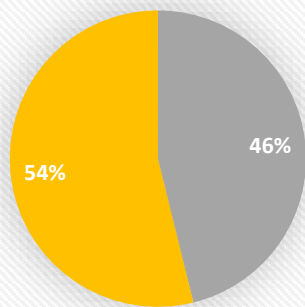
Segons els resultats, la majoria dels professionals enquestats sempre deixen temps perquè els usuaris responguin, però el 23% ho fa sovint. S'ha de valorar amb l'observació si el fet de tenir molts usuaris per una sola persona està impossibilitant que es potenciï aquest aspecte de cara als usuaris.

8. Deixo temps per a que els pacients em responguin



■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

9.Faig preguntes per confirmar que m'han contestat i entès

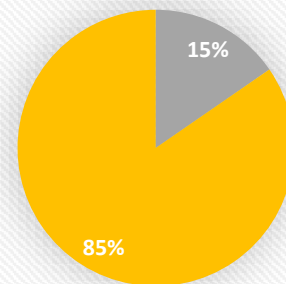


■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

En general els professionals fan preguntes per tal de confirmar que els usuaris han entès el seu missatge. Aquest és un aspecte positiu i molt important de cara a una comunicació eficaç.

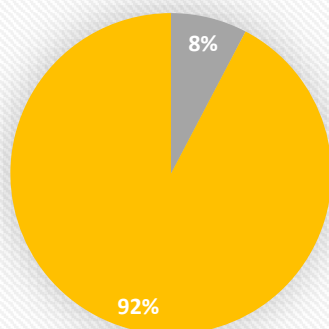
El 85% afirma que sempre escolta amb interès i atenció als usuaris. Aquestes dades no acabarien de relacionar-se amb el fet que en la pregunta 13, el 92% dels enquestats afirmen que seria necessari disposar de més temps en les interaccions amb els usuaris.

10.Escolto amb interès i atenció el que em diuen



■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

11.Els miro a la cara mentre parlem

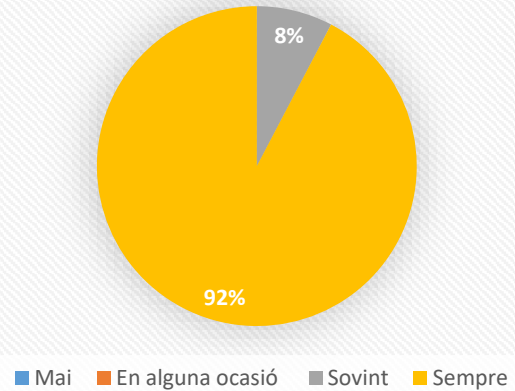


■ Mai ■ En alguna ocasió ■ Sovint ■ Sempre

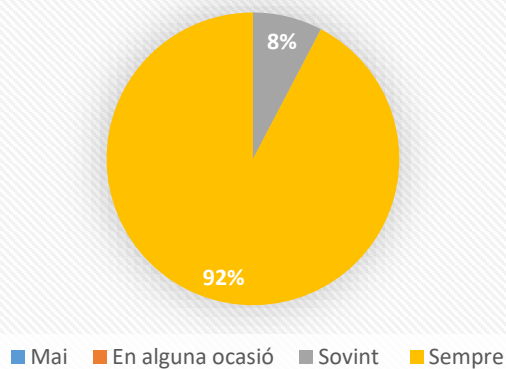
La majoria dels professionals afirmen que mantenen el contacte visual amb els usuaris mentre parlen amb ells. Aquest aspecte, per tant, no s'hauria de treballar molt en el cas de realitzar un programa d'assessorament, ja que la gran majoria ho posen en practica sempre.

La proximitat i l'empatia amb els usuaris és essencial per tal d'establir relacions i poder tenir una comunicació correcta. Aquest aspecte és una de les bases amb les quals es podria treballar altres factors de la comunicació i el llenguatge.

12. Mostro proximitat i empatia quan em relaciono amb ells



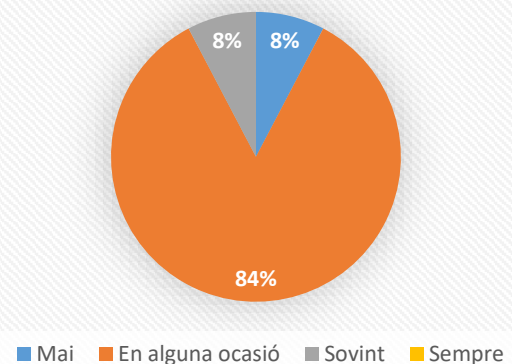
13. Penso que seria necessari disposar de més temps en les interaccions amb els usuaris

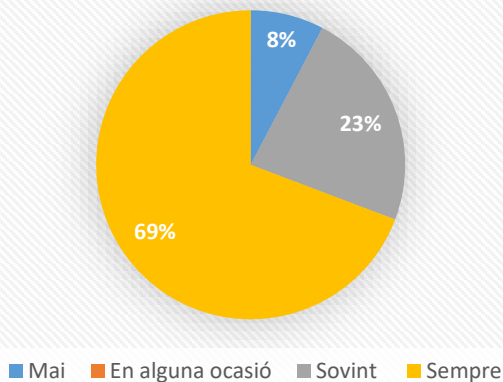


El 92% dels professionals coincideixen en que necessitarien més temps per tenir interaccions eficaçes amb els usuaris. El logopeda podria doncs, assessorar-los per tal que aquestes interaccions fossin correctes malgrat el poc temps que hi disposen.

El 84% afirmen que en alguna ocasió han tingut dubtes sobre com comunicar-se amb alguns pacients. Amb la figura del logopeda al centre, aquestes dificultats podrien resoldre's de manera immediata o treballar-se.

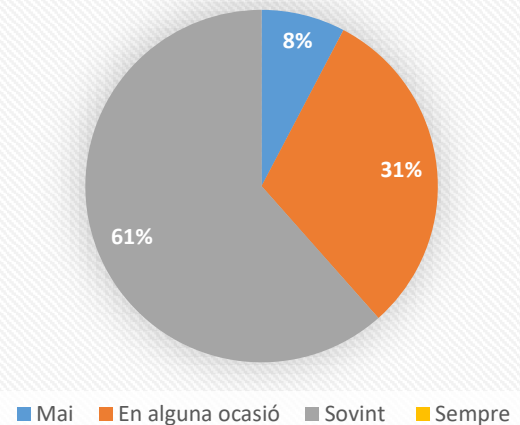
14. He tingut dubtes sobre com comunicar-me amb algun pacient en concret



15. Anticipo al pacient el que es farà a continuació

L'anticipació de les activitats que es realitzaran a continuació és molt important perquè l'usuari, sobretot aquells amb deteriorament cognitiu, puguin saber amb un mínim d'antelació el que es farà. Els fa estar més connectats a les rutines de la residència i sentir-se participes i orientats.

En aquesta pregunta el 61% dels professionals afirmen que s'anticipen a la resposta dels usuaris per tal d'ajudar-los a elaborar el seu missatge. Aquest aspecte no és correcte, probablement està correlacionat amb la falta de temps que disposen els professionals, però s'hauria de treballar.

16. M'anticipo a la resposta del pacient per ajudar-lo a elaborar el seu missatge

Dins de l'enquesta, les preguntes 17 i 18 són de resposta oberta i s'han valorat una a una.

Pregunta 17: En què podria beneficiar la presència d'un logopeda a la residència?

Els aspectes més destacats han estat:

1. Assessorament del logopeda als professionals de la residència per tal de potenciar una correcta comunicació amb els usuaris.
2. Realitzar una intervenció directa amb els usuaris més afectats per tal de potenciar la seva comunicació i llenguatge.
3. Aportar eines de comunicació (SAAC) als usuaris que les requereixin.
4. Assessorament i intervenció sobre la disfàgia.

Pregunta 18: T'has trobat amb alguna dificultat comunicativa concreta? Quina?

Les dificultats comunicatives amb les quals es troben els professionals de la residència són:

1. Amb usuaris amb sordesa severa
2. Amb usuaris amb disàrtria
3. Amb usuaris amb demència senil
4. Amb usuaris amb patologies cognitives (Alzheimer, afàsia...)

A partir de les dades recollides en la pregunta 17, s'evidencia que un nombre elevat dels professionals participants en l'enquesta, acollirien l'assessorament logopèdic per tal de donar resposta a dificultats relacionades amb la comunicació vers determinats usuaris. Altres beneficis que podria aportar la figura del logopeda, segons els professionals participants, són el diagnòstic i tractament de la disfàgia i la introducció de SAACs a aquells usuaris que ho requereixin.

D'altra banda, en les respostes de la pregunta 18 queda reflectit que, segons els professionals, hi ha pacients que necessitarien una intervenció directa amb un logopeda, per tal de reduir les diverses dificultats comunicatives amb les que s'han trobat.

La investigació sobre les tècniques de comunicació i llenguatge que fan servir els professionals d'aquesta residència amb els usuaris, conclou amb una observació directa que es va realitzar en diferents dies, per tal de poder recollir la màxima informació possible i observant diferents situacions comunicatives.

Els resultats d'aquesta observació van ser:

Comunicació i llenguatge verbal	
Acollida i acomiadament	S'observa que aspecte es realitza de manera correcta, sobretot en aquells professionals que realitzen activitats tancades.
Adequació del llenguatge a nivell de comprensió	En relació a aquest aspecte s'ha observat que els professionals, en les situacions en què la comunicació es troba dificultada pel perfil cognitiu del pacient, hi ha una tendència a evitar la interacció.
Respecte dels torns de parla	La tendència més observada és que són els professionals els qui guien la conversa, reconduint-la de manera taxativa en funció del seu interès i sense deixar que l'usuari pugui participar de manera equitativa.
Intensitat de la parla	Hem pogut observar dos perfils professionals pel que fa a aquest ítem. Per una banda, professionals que tendeixen a utilitzar un volum massa elevat de la parla,

	considerant que així faciliten la comprensió dels interlocutors i, per altra banda, professionals que tendeixen a utilitzar un volum baix de veu.
Velocitat de la parla	Aquest aspecte va en funció del context comunicatiu. S'ha observat que en les situacions d'activitats dirigides, el professional utilitza una velocitat de parla correcta que afavoreix la comprensió dels usuaris per realitzar les tasques en qüestió. Per altra banda, en les interaccions quotidianes, on el temps destinat a cada usuari és limitat, aquest aspecte no es té en consideració. També s'ha vist compromesa la comunicació, en algunes ocasions, per la suma d'excés de velocitat de la parla i una vocalització inadequada.
Realització de preguntes per confirmar la comprensió de l'interlocutor	En moltes de les interaccions observades, no es realitzen preguntes de confirmació per la comprensió després d'haver donat el missatge.
Mostra empatia	Alguns dels professionals no mostren empatia a l'hora de comunicar-se amb els usuaris, mostrant una actitud freda i marcant una distància professional marcada.
Missatges clars i ben expressats	S'ha observat que la majoria dels professionals observats donen massa informació de cop i en més d'una ocasió, les ordres no acaben de ser clares i concises. Per tant la comprensió dels usuaris pot quedar compromesa.
Escolta activa i atenció	No tots els professionals mostren una actitud d'interès i escolta activa davant de les demandes i comentaris dels usuaris, ja que s'ha pogut observar com en moltes ocasions les demandes dels usuaris no eren ateses.

Comunicació no verbal	
Postura corporal	En aquest punt s'ha vist que en algunes ocasions els professionals se situen de manera que no afavoreix que el seu missatge arribi als interlocutors. Els aspectes més observats han estat parlar d'esquenes i, davant la falta de comprensió per part de l'usuari, alguns professionals mostren una clara tensió corporal.
Expressió facial	Quan la situació es tensa per falta de comprensió de l'usuari i/o falta de temps del professional, la frustració queda reflectida en l'expressió facial de molts professionals.

Gestualitat	En molts casos el missatge verbal anava acompanyat d'una correcta gesticulació.
Proximitat	En algunes ocasions, els professionals no se situen a la mateixa alçada dels usuaris amb mobilitat reduïda o que es troben asseguts. També s'ha pogut observar com alguns dels missatges verbals dirigits als usuaris, sobretot en activitats quotidianes, es donaven a massa distància.
Mirada	En general els professionals miren a la cara als usuaris durant les interaccions, excepte en aquelles ocasions en què la postura o proximitat física no eren adequades. També, quan la interacció perdia interès per al professional, el contacte visual es trencava.

Altres aspectes observats:

Fora de les activitats del context quotidià, on el temps és limitat per als professionals, en alguna de les activitats dirigides tant a l'estimulació cognitiva com física, no s'adequa l'espai a les característiques de l'activitat, impossibilitant així l'enllastiment correcte d'aquesta. Un exemple clar és que per a realitzar un taller d'estimulació cognitiva centrat en la lectoescriptura, els usuaris es trobaven dispersos per tot el centre barrejats amb altres usuaris que no hi participaven, sense una atenció directa del professional encarregat de dirigir l'activitat, on cada un havia de fer-se càrrec autònomament dels seus exercicis.

5.4 Anàlisi dels resultats de la investigació amb els professionals

Comparant les dades recollides en l'enquesta amb els aspectes observats in situ, es pot establir que la visió subjectiva dels professionals vers les seves competències comunicatives i lingüístiques amb els usuaris, no s'adeqüen del tot a la realitat. Per tant hi ha un dèficit, que no es percep, respecte a les habilitats comunicatives i de llenguatge que s'utilitzen amb els usuaris i que donen lloc a interaccions poc efectives.

Els aspectes més rellevants i que es repeteixen en més d'un professional són les següents:

- No utilitzen un llenguatge pausat i clar.
- No deixen temps per les intervencions dels usuaris.
- No realitzen preguntes per confirmar la comprensió dels usuaris.
- No mostren escolta activa, intenció comunicativa ni interès en totes les seves interaccions amb els usuaris.
- No estableixen actituds de proximitat i empatia adequada.
- No adeqüen el llenguatge en funció de les necessitats específiques del perfil de cada usuari.
- Generalment no dediquen temps a anticipar les activitats específiques que es realitzen al centre.
- Tendeixen a la sobre interpretació dels missatges dels usuaris, sobretot amb aquells que presenten dificultats comunicatives i/o lingüístiques.

Per altra banda, els professionals refereixen ser conscients de les seves limitacions per falta de temps, volum d'usuaris i manca d'informació referent a com actuar d'acord als diferents perfils d'usuaris.

Per tant, amb les conclusions que s'extreuen dels resultats de l'enquesta junt amb els de l'observació directa, queda confirmada l'hipòtesi 3, demostrant que *la figura del logopeda és necessària per a l'assessorament i suport als professionals per tal de millorar la seva interacció amb els usuaris, a través de pautes i estratègies comunicatives i lingüístiques*.

Amb aquests resultats es pot confirmar que un assessorament sobre comunicació i llenguatge als professionals d'aquesta residència seria molt beneficiós, tant per als professionals, que podrien posar en pràctica tècniques per afavorir una comunicació eficaç amb els usuaris, reduint també l'aparició de frustració davant de situacions on la comunicació es veu afectada, com per als mateixos usuaris de la residència, ja que les situacions d'incomprensió, el sentiment d'aïllament i la frustració per no entendre el que se'ls hi està dient, es reduiria notablement (Ravins, 1982; Millán, 2000).

6.Conclusions

- *Conclusió 1: El logopeda ha de formar part de l'equip interdisciplinari de les residències de gent gran.*

Encara que, des d'un inici de la investigació, ja partíem de coneixements previs sobre les diferents àrees d'actuació del logopeda vers la gent gran, adquirits a través del grau i d'una recerca d'informació prèvia, fet que, des del nostre punt de vista, justificava el propòsit en què centràvem la nostra recerca, *evidenciar la necessitat del logopeda en residències de gent gran*, ens ha sorprès notablement fins a quin punt arriba realment aquesta necessitat.

Mentre que, a nivell d'intervenció individualitzada, les funcions d'un logopeda a una residència de gent gran, referint-nos a comunicació, llenguatge, parla, veu i audició, podent també centrar-se en estimulació cognitiva, permeten un augment de la qualitat de vida dels usuaris, treballant aquestes àrees sota la mateixa urgència i cura que caldria amb un infant, dignificant la seva vida, trobem que el treball destinat a diagnosticar i intervenir la disfàgia és també de caràcter vital, literalment.

Tot i que en tots els àmbits avaluats s'han trobat mancances o indicatius, que evidencien la necessitat de rebre una intervenció específica d'un professional especialitzat, o dit d'una altra manera, d'un/a logopeda, el que més ens ha sobtat és el fet que el centre neuràlgic de la intervenció logopèdica, almenys en aquesta residència, fos la disfàgia.

Aquesta realitat ens va fer replantejar el contingut de la proposta d'intervenció dirigida als professionals de la residència. Inicialment l'idea era elaborar una proposta de programa destinat a l'assessorament en habilitats comunicatives i lingüístiques, però d'acord als resultats obtinguts en la investigació centrada en els usuaris, vam decidir ampliar-ho i abordar també el tema de més urgència i preocupació, la disfàgia, per tal que els professionals adquireixin o millorin els seus coneixements i estratègies al respecte, per tal d'evitar comprometre la seguretat i l'eficàcia en les deglucions dels usuaris diagnosticats durant els àpats.

Per altra banda, tenint en compte que els usuaris participants en els grups establerts per a la investigació són persones que, tot i presentar un envelliment atípic pel que fa al grup 2, mostraven molt preservades les seves capacitats cognitives i físiques, fent viable així l'aplicació de les diferents proves, considerem que en el cas que es repetís la investigació, sotmetent aquest cop a tots els usuaris de la residència, els resultats obtinguts farien molt més visible i urgent la necessitat d'implementar la figura del logopeda al centre.

Finalment hem trobat que moltes de les mancances observades en el tracte directe dels professionals amb els usuaris, entre d'altres, són majoritàriament justificades per la falta de temps de la que disposen. Concloem que el problema no és la manca de temps, és la manca de professionals.

- *Conclusió 2: No val només amb l'evidència. És necessari generar canvis en l'àmbit legislatiu, però també cal promoure un canvi de consideració vers la figura del logopeda per part dels diferents àmbits laborals on, com a les residències de gent gran, el logopeda pot ser necessari.*

La realitat pel que fa a la situació legislativa actual que regula les exigències relacionades, en aquest cas, amb la plantilla de professionals indispensables legalment a les residències de gent gran, no contempla la necessitat de la figura del logopeda en aquestes, d'igual manera que les mateixes residències, entre altres àmbits laborals, no coneixen o no valoren els beneficis que podria aportar, a curt i llarg termini, la figura del logopeda a la seva entitat.

Cal que els logopedes establim una lluita per tal de reivindicar l'amplitud real de les nostres competències professionals, promovent així l'expansió d'un just ventall de possibilitats en l'àmbit laboral.

Pel que fa a la logopèdia vers la gent gran, cal fer visibles les competències reals del logopeda per tal que se'l conegui com a un professional indispensable per a aquesta població, tant dins com a fora dels centres geriàtrics.

- *Punts febles de la investigació:*

Les limitacions temporals pel que fa a la realització d'aquest treball i el fet que únicament fóssim dues persones davant un volum rellevant d'usuaris i proves a realitzar, ha fet que la investigació no fos del tot rigorosa pel que fa a la seva metodologia d'implementació.

Som conscients que els resultats aportats a través de l'aplicació de les proves i de la mateixa observació directa permeten generar un marc conceptual obert a noves i més rigoroses investigacions al respecte referint-nos, per una banda, als mètodes d'avaluació utilitzats, podent realitzar proves més completes però mantenint l'especificitat de cada àrea a avaluar i, per altra banda, a la validesa i fiabilitat dels anàlisis subjectius referits a les observacions in situ, on és necessària una observació simultània entre diferents investigadors, podent així contrastar els diferents ítems avaluats i generar uns resultats unificats i complets.

També cal indicar que la falta de temps i recursos humans per la realització d'aquesta investigació, no ens han permès implementar el programa d'assessorament en comunicació i llenguatge, centrat també en la disfàgia, dirigit als professionals, tal com ens havíem plantejat en l'inici de l'elaboració del TFG.

Finalment tot i que des d'un inici de la relació establerta amb la residència en la qual s'ha desenvolupat el present TFG, vam aclarir que el nom del centre no quedaria, en cap moment, reflectit al treball, volem establir que hem trobat una manca d'accessibilitat a determinada informació que considerem rellevant per oposició expressa de la mateixa residència. Ens referim a dades que poden comprometre la seva reputació vers la correcta cura dels seus usuaris com, per exemple, l'índex d'ingressos o mortalitat de pacients per causes relacionades amb la broncoaspiració.

6.1 Expectatives de futur. Proposta d'intervenció

Amb els resultats obtinguts mitjançant la investigació, s'ha establert que sí que existeix la necessitat real de crear i aplicar un programa d'assessorament en comunicació i llenguatge, dirigit als professionals del centre i quins són els aspectes més rellevants que aquest programa ha de contenir, ajustant-se a la demanda i necessitats dels professionals concrets d'aquesta residència (objectiu 1.1.2.1). A més ha sorgit un altre aspecte de gran importància que serà necessari introduir als continguts del programa, que és la disfàgia.

Aquest programa no s'ha pogut dur a terme a la residència, però si s'ha creat el format de com hauria de ser, com s'estructuraria i quin seria el mètode d'aplicació i d'avaluació d'aquest, per tal de poder aplicar el programa a la residència en un futur, si aquesta acollís la proposta.

➤ Estructura del programa d'assessorament als professionals

Aquesta proposta de programa d'intervenció, posa en rellevància la necessitat de conscienciació respecte a l'actuació professional, davant de les possibles i diferents dificultats dels ancians a nivell de comunicació, comprensió i llenguatge en les interaccions comunicatives que es donen en situacions rutinàries i en els intercanvis comunicatius durant les activitats concretes, així com la necessitat de proporcionar coneixements sobre la disfàgia i la importància de detectar-la i tractar-la amb les persones grans.

✓ Sessions formatives

El programa constarà de tres sessions formatives on el logopeda presentarà, als professionals assistents, les bases de la comunicació i del llenguatge, per tal que aquests siguin eficaços, promovent així unes interaccions adequades a les necessitats dels seus usuaris, explicar quins són els possibles perfils lingüístics dels usuaris en funció de la patologia associada que pateixin i finalment es dedicaria una sessió a la formació sobre la disfàgia.

Un cop realitzades les sessions formatives, els professionals ja podran posar en pràctica totes les habilitats, eines i estratègies, comunicatives, lingüístiques i les relacionades amb la disfàgia, amb els usuaris del centre.

✓ **Temporització de les sessions**

Per tal de poder proporcionar tota la informació necessària als professionals participants, caldrà establir una temporització de les sessions formatives, que s'adapti a la disponibilitat i horari laboral d'aquests, tenint també en compte el nombre total de participants i la capacitat de l'espai que cedeixi el centre per poder realitzar les sessions. Si el nombre de participants supera aquesta capacitat, caldrà dividir les sessions en diferents grups.

✓ **Contingut del programa**

El contingut del programa està determinat per les necessitats valorades que s'han observat amb els resultats de les enquestes i observacions realitzades. Per tant els continguts que ha de tenir aquest programa de formació en aquesta residència són:

1. Comunicació:

- Conceptes bàsics sobre com ha de ser una comunicació efectiva.
- Tècniques per establir interaccions comunicatives eficaces amb les persones grans.
- Importància dels aspectes suprasegmentals de la parla que afavoreixen la comunicació.

2. Llenguatge:

- Deteriorament del llenguatge referent a l'envelliment típic; lèxic, sintaxi i discurs.
- Afectació dels processos atencionals i d'inhibició.
- Pautes bàsiques per l'adequació del llenguatge amb persones amb envelliment típic.
- Característiques del llenguatge en la Demència Frontotemporal, Afàsia progressiva primària, Alzheimer i Parkinson.
- Pautes bàsiques per l'adequació del llenguatge amb persones amb envelliment atípic.

3. Disfàgia:

- Què és la disfàgia?
- Importància de la detecció i intervenció de la disfàgia en les persones grans.
- Els signes d'alerta de possible disfàgia que es poden observar en els usuaris de la residència.

➤ *Possibilitats d'avaluació*

En cas de realitzar el programa d'assessorament i poder dur-lo a terme a la residència, serà necessari establir unes pautes d'avaluació per conèixer si la realització d'aquest ha tingut l'èxit esperat.

En ser un programa que consta d'uness sessions formatives prèvies a posar en pràctica tot el seu contingut, serà convenient poder deixar dos mesos en els quals els professionals

posin en pràctica aquells aspectes tractats en les sessions formatives. El logopeda haurà d'estar disponible perquè els professionals puguin resoldre dubtes o demanar consells, referents a la comunicació, llenguatge i signes d'alerta de la disfàgia de pacients concrets.

Per avaluar l'èxit del programa es realitzarà una observació directa dels professionals, en el context laboral, després de l'aplicació del programa per observar si realment els continguts, tècniques i estratègies del programa han estat assolits i es posen en pràctica amb els usuaris, podent ampliar l'avaluació amb una enquesta prèvia a les sessions formatives i una posterior a aquestes. També es tindrà en consideració el fet que els professionals mostrin una actitud d'interès i iniciativa, per tal de poder dur a terme de manera correcta les seves intervencions.

7. Consideracions ètiques

Aquest treball pretén donar valor a la responsabilitat dels logopedes envers els pacients, concretament els pacients de la tercera edat, treballant per millorar el seu benestar, incloent-hi la logopèdia com un recurs més, dins de la cobertura sanitària que requereixen.

Per tal de poder dur a terme les valoracions individuals als usuaris que han format part del grup d'avaluació, s'ha tingut present l'apartat VII del codi ètic de la professió (Directives ètiques per a la investigació i docència). Per això, s'ha donat per escrit, als familiars dels usuaris o als usuaris participants, un document informatiu amb totes les proves que es realitzarien, quedant reflectits quins són els objectius de la investigació i explicant en tot moment quins són els seus drets. També ha estat necessari un consentiment signat per la residència (annex 6), amb el qual acceptaran la realització de la investigació i les avaluacions en el seu centre.

La confidencialitat respecte al centre geriàtric escollit, les dades dels professionals i els pacients, ha estat assumida en tot moment per a la realització d'aquest treball de fi de grau, preservant els drets dels participants en aquest treball professional.

En cas de realitzar el programa d'intervenció de suport a la comunicació i llenguatge en la residència, es tindran en consideració els principis del codi d'ètic de la professió en la seva totalitat, però més concretament els punts sobre la responsabilitat del logopeda amb altres professions.

Per tal de poder treballar de manera interdisciplinària i no realitzar una mala praxi o un intrusisme laboral, el nostre treball ha assegut les seves bases principalment en el respecte cap a la labor de la resta de professionals del centre, sempre donant consells dins del camp de la logopèdia i en aspectes que afectin directament als nostres objectius com a professionals. Aportarem els nostres coneixements, que es troben integrats dins del sistema de la salut, amb el nostre propi criteri professional, per tal de poder donar una cobertura integral als usuaris junt amb els coneixements de la resta de professionals en el camp pertinent a cadascú.

8. Referències bibliogràfiques

Llibres i articles:

Ashbaugh. R, Cabello. J.M, Gonzalez. S, Gutierrez. R, Lòpez. R, Lòpez. J.A, Martinez. C i Ramos. P. (2014). *Envejecimiento y nutrición. Intervención nutricional en el paciente con disfagia*. Madrid: IMC.

Bleeckx.D (2004). *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Caballo. V. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI

Casanova. P, Casanova. P i Casanova. C. (2004). *La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico*. Rev neurol; 38 (5): 469-472

Civit.A et al. (2012) *Documento del perfil profesional del logopeda*. Madrid:CGCL

Fernández. R (Dir). (2009). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Juncos. O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento: bases para la intervención*. Barcelona: Masson.

Juncos. O. (1993). *Consideraciones sobre el lenguaje y la intervención logopédica en la tercera edad*. Revista logopedia, fonología y audiología, XIII (2), 79-88.

Juncos. O, Elosua. R, Pereiro.A i Torres. M (1998). *Problemas de acceso léxico en la vejez. Bases para la intervención*. Anales de Psicología, 14, 169-176.

Lodeiro. L, Varela. N, Lòpez. A, Gandoy. M i Millán. J. (2002). *Papel del logopeda en un centro gerontológico de estancias diurnas*. Revista logopedia, fonología y audiología, XXII (1), 42-48.

Millán JC, Gandoy M, Antelo M i Mayán M. (2000) *Supervisión nocturna, diurna y comunicación; tres nuevos ítems para valorar carga asistencial del paciente con deterioro cognitivo*. Rev Mult Gerontol 10(1):20-5.

Pérez. V, Malagón. J.L i Amador. L. (2006). *Vejez. Autonomía o dependencia, pero con calidad de vida*. Dykinson S.L

Ramírez M.J i Martínez J.M (1999). *Alteraciones neuronales inducidas por procesos degenerativos en el sistema nervioso central. Influencia del envejecimiento normal y patológico*. Rev. Neurol; 29 (9): 824-833

Ravins.P, Mace.N i Lucas.M (1982) *The impact of dementia on the family*. JAMA;248:333-5.

Santiago. R, Jimeno. N i García. N. (2012). *Práctica logopedica en un centro geriátrico. En Los logopedas hablan.* (161-180). Valencia: Nau llibres

Tejada. J. (2009). *Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes; una mirada desde la formación.* Bellaterra: UAB

Tobeña. A. (2011). *Mentes lucidas y longevas.* Bellaterra: UAB

Vázquez-Marrufo M, Benítez ML, Rodríguez-Gómez G, Galvao-Carmona A, Fernández-Del Olmo A i Vaquero-Casares E. (2011) *Afectación de las redes neurales atencionales durante el envejecimiento saludable.* Rev Neurol ; 52: 20-6.

Vega. J.L i Bueno. B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento.* Madrid: Síntesis S.A.

Webb.W i Adler.R (2010). *Neurología para el logopeda.* Barcelona: Elsevier Masson 5ª edició en espanyol.

Pàgines web:

Codi ètic de la professió: http://www.consejologopedas.com/codigo_etico.html

9. Agraïments

Volem començar donant les gràcies a tots els professors amb els quals hem compartit aquests quatre anys de formació pels coneixements que ens han transmès, ja que sense ells aquest treball no hagués estat possible.

Especialment volem agrair a Carrasumada Serrano, tutora d'aquest treball de fi de grau, la implicació, suport i disponibilitat que ens ha ofert i que ens ha fet sentir en tot moment acompanyades en el procés de realització d'aquest treball.

Així mateix, aquest agraïment va dirigit a la residència i als usuaris que han participat en el nostre treball, que han fet possible aquesta investigació.

Finalment volem agrair a les nostres famílies i amics el seu suport incondicional i les infinites maneres d'animar-nos per continuar endavant.

A tots, gràcies per creure en nosaltres.

*“Las fuerzas que se asocian para el bien
no se suman, se multiplican”*

Concepción Arenal

10. Annexos

Annex 1: Mini Mental State Examination (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Annex 2: Conversa guiada

1. Estructura:

- Presentació mútua.
- Ens interessa que la persona parli, per tant s'establirà el tema de conversa "La seva professió".
- Amb aquest tema facilitem un discurs i evitem les frases curtes. En el cas de que algun usuari tingui dificultats o bé falta d'interès, es realitzaran algunes preguntes per donar pas a explicacions més amples, les quals en donaran marge per poder avaluar.
- Possibles preguntes:
 - Amb quina edat vas començar a treballar?
 - Va ser la teva única feina?
 - Quantes hores passaves treballant?
 - T'agradava la teva feina?

2. Què es valorarà:

Escolta activa	
Interès	
Dificultats de Comprensió	
Coherència i cohesió del discurs	
Pragmàtica	
Producció lexical	
Morfosintaxi	
Estratègies verbals	
Comunicació no verbal	

Annex 3: Prova de FAS

FAS Word Fluency (o Controlled Oral Word Association-COWA) (Guilford, 1967; Guilford & Guilford, 1980; Spreen & Strauss, 1998)

Nombre: _____ Varón ☐ Mujer ☐ Fecha: _____
 F. nacimiento: _____ Edad: _____ N. Hª: _____ Lateralidad: _____
 Estudios/Profesión: _____
 Observaciones: _____

Tiempo límite: <input type="checkbox"/> 1 minuto <input type="checkbox"/> 1m.30secs.						Tiempo límite: <input type="checkbox"/> 1 minuto <input type="checkbox"/> 1m.30secs.					
FLUENCIA FONÉTICA (F-A-S): <i>"Quiero saber cuántas palabras conoces que comiencen por la letra F (o A o S) en 1 minuto (ó 1'30"). Puedes comenzar por ejemplo con FLOR (o Alto o Sal), procurando no repetirse. Si dices el singular (flor) no vale el plural (flores) o si nombras el femenino no vale el masculino. También debes procurar evitar los nombres propios (Francisco, Francia, etc.). Empieza cuando quieras."</i>						FLUENCIA SEMÁNTICA (CATEGORÍAS): <i>"Quiero saber cuántas palabras conoces que se refieran a cosas que puedes encontrar en una cocina (o en un supermercado) (o nombres de animales) (o nombres de países) en 1 minuto (ó 1'30"). Puedes comenzar por ejemplo con PLATO (o Arroz,...) (o Perro) (o Italia), procurando no repetirse. Si dices el singular (plato) no vale el plural (platos) o si nombras el femenino no vale el masculino. Empieza cuando quieras."</i>					
F		A		S		Cocina (Supermercado)		Animales		Países	
1. flor	26.	1. alto	26.	1. sal	26.	1. plato	26.	1. perro	26.	1. Italia	26.
2.	27.	2.	27.	2.	27.	2.	27.	2.	27.	2.	27.
3.	28.	3.	28.	3.	28.	3.	28.	3.	28.	3.	28.
4.	29.	4.	29.	4.	29.	4.	29.	4.	29.	4.	29.
5.	30.	5.	30.	5.	30.	5.	30.	5.	30.	5.	30.
6.	31.	6.	31.	6.	31.	6.	31.	6.	31.	6.	31.
7.	32.	7.	32.	7.	32.	7.	32.	7.	32.	7.	32.
8.	33.	8.	33.	8.	33.	8.	33.	8.	33.	8.	33.
9.	34.	9.	34.	9.	34.	9.	34.	9.	34.	9.	34.
10.	35.	10.	35.	10.	35.	10.	35.	10.	35.	10.	35.
11.	36.	11.	36.	11.	36.	11.	36.	11.	36.	11.	36.
12.	37.	12.	37.	12.	37.	12.	37.	12.	37.	12.	37.
13.	38.	13.	38.	13.	38.	13.	38.	13.	38.	13.	38.
14.	39.	14.	39.	14.	39.	14.	39.	14.	39.	14.	39.
15.	40.	15.	40.	15.	40.	15.	40.	15.	40.	15.	40.
16.	41.	16.	41.	16.	41.	16.	41.	16.	41.	16.	41.
17.	42.	17.	42.	17.	42.	17.	42.	17.	42.	17.	42.
18.	43.	18.	43.	18.	43.	18.	43.	18.	43.	18.	43.
19.	44.	19.	44.	19.	44.	19.	44.	19.	44.	19.	44.
20.	45.	20.	45.	20.	45.	20.	45.	20.	45.	20.	45.
21.	46.	21.	46.	21.	46.	21.	46.	21.	46.	21.	46.
22.	47.	22.	47.	22.	47.	22.	47.	22.	47.	22.	47.
23.	48.	23.	48.	23.	48.	23.	48.	23.	48.	23.	48.
24.	49.	24.	49.	24.	49.	24.	49.	24.	49.	24.	49.
25.	50.	25.	50.	25.	50.	25.	50.	25.	50.	25.	50.
Total F+A+S:						Total Cocina/Super+Animales+Países:					

a.e.g. (1999)

Annex 4: Prova de Wepman**TEST DE WEPMAN**

Nombre:.....

Edad Cronológica:..... Fecha de Nacimiento:.....

Curso:..... Establecimiento:.....

Fecha del Examen:..... Especialista:.....

nº	Palabras	Iguals	Diferentes	Corrección
1	soga – soba			
2	lana – lana			
3	dedo – debo			
4	ruega – rueda			
5	chal – chal			
6	guía – día			
7	bol – gol			
8	sin – fin			
9	perro – berro			
10	saco – saco			
11	zona – zona			
12	jarro – jarro			
13	casa – gasa			
14	eco – eco			
15	brama – trama			
16	tiza – pica			
17	pito – pico			
18	cana – cama			
19	cubo – tubo			
20	fiel – piel			
21	mapa – mata			
22	bobe – bebo			
23	cargo- cardo			
24	parco – parto			
25	bulbo – bulto			
26	mido – nido			
27	clan – plan			
28	tifón – tizón			
29	cruz – cruz			
30	diez – diez			
31	pobre – cobre			
32	trote – brote			
33	brasa – grasa			
34	toro – toro			
35	pan – pan			
36	arcón – balcón			
37	plan – flan			
38	flor – flor			
39	ropa – roba			
40	crío – trío			

Annex 5: Enquesta als professionals

Contesta aquestes preguntes segons la teva experiència:

Mai (1)	En alguna ocasió (2)	Sovint (3)	Sempre (4)
---------	----------------------	------------	------------

	1	2	3	4
Em resulta difícil comunicar-me amb els usuaris.				
Utilitzo gestos per fer-me entendre.				
Els pacients no presten atenció.				
Entenc el seu missatge, encara que no m'ho puguin expressar amb paraules.				
No insisteixo quan no comprenen el meu missatge.				
Utilitzo sempre un llenguatge adequat segons les dificultats de cada usuari.				
Utilitzo un llenguatge pausat i clar.				
Deixo temps per a què els pacients em responguin.				
Faig preguntes per confirmar que m'han escoltat i entès.				
Escolto amb interès i atenció el que em diuen.				
Els miro a la cara mentre parlem.				
Mostro proximitat i empatia quan em relaciono amb ells.				
Penso que seria necessari disposar de més temps en les interaccions amb els usuaris.				
He tingut dubtes sobre com comunicar-me amb algun pacient en concret.				
Anticipo al pacient el que es farà a continuació.				
M'anticipo a la resposta del pacient per ajudar-lo a elaborar el seu missatge.				

En què podria beneficiar la presència d'un logopeda a la residència?

T'has trobat en alguna dificultat comunicativa concreta? Quina?

Annex 6: Consentiment signat



Dra. Carrasumada Serrano Pau amb NIF 40896173-B com a professora titular dels estudis de Grau en Logopèdia,

Dono fe que la Sra. Ana Vidal Sánchez amb NIF 47973860-T i la Sra. Ana Campos Herencia amb NIF 45883882-D, està matriculada a l'assignatura de Treball Final de Grau el curs 2016-2017. Els estudiants d'aquesta assignatura poden optar per realitzar un tipus de treball que requereixi corpus real per desenvolupar el seu estudi. Aquest corpus serà objecte exclusivament d'aquest treball i no se'n farà cap altre ús.

Per a que així consti signem aquest document,

Carrasumada Serrano Pau

Ana Vidal Sánchez

Ana Campos Herencia

Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 24 de gener de 2017

Directora Técnica
Celia Estrella Beller